CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 56

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Mai 1908

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Ch. MERLO

Né à Laverdure (Constantine) le 13 septembre 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR

A MON NEVEU, A MA NIÈCE

Je dédie cette thèse, faible témoignage de ma profonde affection.

CH. MERLO.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

CH. MERLO.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Qui nous accueillit dans son service avec la plus grande bienveillance et qui nous fait l'honneur insigne d'accepter la présidence de cette thèse.

CH. MERLO.

Ce modeste travail représente la dernière étape de notre vie d'étudiant ; nos plus chères espérances sont exaucées, nos désirs les plus ardents réalisés. Mais nous n'oublions pas que si nous avons atteint assez aisément le but imposé, nous le devons surtout à nos parents, à nos maîtres, qui nous ont aplani bien des difficultés. Aussi notre pensée va-t-elle vers ceux qui nous ont rendu la tâche plus facile en nous encourageant, nous soutenant, nous prodiguant sans compter leurs conseils et leurs peines. La reconnaissance et l'amitié, bien plus que la tradition, nous imposent le devoir de les remercier publiquement. Nous n'avons garde de nous soustraire à une telle obligation morale et nous accomplissons un pareil devoir avec d'autant plus de plaisir que nous voyons dans nos remerciements sincèrement émus le seul moyen d'acquitter (du moins actuellement), dans une mesure bien infime la dette de reconnaissance contractée envers eux.

Quelques jours nous sèparent à peine du moment où notre existence va entrer dans une nouvelle phase de travail et de lutte. Dans cette vie, où nous entrons rempli d'espérance, nous rencontrerons parfois des obstacles : c'est en pensant à nos chers parents, c'est en évoquant surtout la vie toute de travail, d'énergie et de sacrifice de notre père vénéré que nous trouverons la force et le courage de les surmonter. Jamais nous ne saurons lui dire

toute notre tendresse et notre reconnaissance infinies. Nous assurons de notre amour filial, aussi profond, notre mère dont nous avons su apprécier la douce indulgence et le dévouement sans bornes. C'est pour nous un bonheur d'adresser à nos chers parents ce bien faible témoignage de notre affection.

A tous nos maîtres de l'Ecole de médecine et des hôpitaux d'Alger, nous exprimons notre vive gratitude pour leurs excellents enseignements.

M. le professeur Trolard s'est toujours montré pour nous d'une grande bienveillance ; qu'il daigne accepter nos remerciements pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

Dans le service de M. le professeur Cange, grâce à l'attrait de son brillant enseignement clinique, nous avons appris à aimer l'ophtalmologie ; nous le prions de croire à notre gratitude. Nous gardons un souvenir ému au regretté docteur Mailfert, ex-chef de clinique ophtalmologique, qui nous honora de son amitié et dont nous avons pu, en maintes circonstances, apprécier la bonté, la haute conscience scientifique et morale.

MM. Ardin-Delteil, Battarel, Brault, Cabanes, Crespin, Curtillet, Denis, Dumolard, Goinard, Leblanc, Lemaire, Pélissard, Rey, Rouvier, Sabadini, Scherb, Soulié, Trabut, Vincent, que nous avons eu l'honneur d'avoir comme professeurs ou chefs de service, ont droit à notre reconnaissance ; nous n'oublierons jamais ce que nous leur devons.

A nos maîtres plus jeunes, MM. Bernasconi, Bullinger, Ferrari, Sicard, Warot, qui ne nous ont pas ménagé leurs conseils pendant nos études, nous envoyons nos bons souvenirs et nos remerciements.

Enfin, qu'il nous soit permis d'adresser nos souhaits

empreints d'une émotion profonde à nos amis, les docteurs Ciavaldini, Granger, Jalabert, Paire, Uhlmann, MMes Gérolami, Granger, Jobert, Muselli et Nicolaï, dont la gaieté, le charmant caractère et la cordialité ne se sont pas démentis un seul instant à notre égard et à qui nous devons un adoucissement précieux des moments de mélancolie et d'incertitude, qui sont, à certaines époques, le partage de la vie d'étudiant.

Nous nous rappellerons souvent avec bonheur notre séjour à Montpellier, car il nous a permis d'apprécier les qualités de cœur de nos amis, les docteurs Trabut, Bonnet, Jourdan, Ros, Boulard et Py.

Sur le point de nous séparer, pour longtemps sans doute, de quelques-uns, qu'ils reçoivent tous notre plus cordial souvenir, et qu'ils soient persuadés qu'ils trouveront toujours en leur ancien camarade un ami sincère, et dont le dévouement leur sera tout acquis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

La présence de l'appendice iléo-cœcal dans une hernie est une chose qui ne surprend plus le chirurgien au cours d'une cure radicale. Depuis assez longtemps ces ptoses cœcales et appendiculaires sont bien connues. Mais cet appendice, sous l'influence d'un certain nombre de causes que nous chercherons à déterminer, est sujet à s'enflammer. Sa position particulière à l'intérieur d'un sac herniaire, dans lequel il est ou non accompagné d'intestin ou d'épiploon, mais où il se trouve en dehors de la grande cavité péritonéale, nous fait comprendre que cette inflammation ne se traduira pas cliniquement par les signes rencontrés habituellement dans les appendicites. Bien que la symptomatologie de ces appendicites herniaires soit assez confuse et se rapproche beaucoup de celle de l'étranglement herniaire, nous nous proposons d'essayer de la préciser et par conséquent de préciser le diagnostic. C'est une observation intéressante d'un de ces cas d'appendicite herniaire qui deviennent de plus en plus nombreux et que nous avons pu suivre dans le service de clinique de M. le professeur Estor, qui nous a donné l'idée de ce tra

vail. Nous avons à cette occasion revu la littérature parue sur ce sujet et nous en rapportons un certain nombre d'observations. Enfin, nous essaierons de tirer quelques conclusions de cette modeste étude.

Notre travail se divise donc naturellement en plusieurs chapitres :

I. Historique.
II. Etiologie et pathogénie.
III. Anatomie pathologique.
IV. Symptomatologie. — Formes cliniques.
V. Terminaison.
VI. Diagnostic.
VII. Pronostic.
VIII. Indications. — Traitement.
IX. Observations.
X. Conclusions.
XI. Bibliographie.

Nous remercions vivement M. le Professeur Estor, professeur de clinique chirurgicale infantile, de nous avoir autorisé à publier l'observation inédite que nous apportons dans notre travail inaugural.

HISTORIQUE

Les hernies du gros intestin, du cœcum et de l'appendice en particulier sont très bien connues depuis longtemps. Nous n'avons pas l'intention de refaire l'historique complet de cette question : nous ne ferons que signaler les travaux principaux qui en éclairèrent l'étiologie, la pathogénie et les complications. Morgagni, vers 1745, Scarpa en 1812, Bardeleben, Krause, Luschka, précisèrent le mécanisme de ces hernies. Tuffier et Trèves, à peu de temps d'intervalle, déterminèrent nettement l'anatomie et établirent la théorie actuellement admise pour les expliquer. Ce qui nous intéresse le plus, c'est l'histoire de l'appendicite herniaire.

Dans son cours de pathologie et thérapeutique chirurgicales, Hévin, en 1780, signale le premier cas d'appendicite herniaire. Puis, peu à peu, avec le développement des études nécropsiques et des procédés opératoires, les observations se multiplièrent. Amyaud, Morse, Schwenk, Frichter, entre 1800 et 1810, en commentèrent de nombreux cas. Merling, dans sa thèse de Heidelberg, en 1836, en rapporte deux cas ; Tamarelli, en Italie, Cabaret, en France, Sœmmering, Hesselbach, Dieffenbach, Lehmann citent de nombreux cas de hernies appendiculaires et d'appendicite herniaire. Les cas isolés ne tardèrent pas à affluer et ce serait faire ici une véritable bibliographie que d'énumérer les auteurs qui se sont occupés ou ont signalé des hernies de l'appendice enflammé. Nous ne signalerons

que les travaux principaux et en particulier les thèses intéressantes parues à ce sujet.

Rivet en 1894 fit une bonne étude ; la même année, Charnois, à Lyon, publiait un travail documenté et précis. Renault, en 1897, reprenait la question. Brieger, entre temps, avait étudié les hernies de l'appendicite vermiforme.

Osty, dans sa thèse de Paris, en 1900, fait un historique et une étude très soignée de l'appendicite herniaire ; il en apporte des observations nouvelles, collationne des cas déjà parus, et fait un travail important. Naquet traite le même sujet à peu d'intervalle.

M. le professeur Estor, dans son Mémoire sur les hernies étranglées chez le nourrisson, paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1902, mémoire auquel nous aurons souvent recours, nous a appris que l'appendice était plus fréquemment hernié que les auteurs ne l'avaient indiqué, et que, de plus, l'appendicite herniaire, au moins chez l'enfant, était aussi grave, sinon plus, que l'étranglement pur et simple. A. Lévy, publiant, dans les Archives provinciales de chirurgie (1902), un travail sur les hernies de l'appendice, Le Duigan, étudiant dans sa thèse de 1905 l'étranglement de l'appendice dans le canal crural, ont donné, avec des observations inédites, des bibliographies soignées, et ont contribué à éclaircir la symptomatologie. Enfin, le travail d'ensemble le plus récent, établi sur la question, nous paraît être la thèse de Jacquemin, qui reprend surtout l'étude clinique. Depuis cette époque, nous avons retrouvé de nouvelles observations. Rapporter ici les noms de leurs auteurs serait allonger inutilement cet historique, que nous avons voulu faire très rapide, préférant nous étendre sur la symptomatologie et les formes cliniques qui sont, et de beaucoup, plus intéressantes.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

L'étiologie de l'appendicite herniaire se rattache évidemment à l'étiologie de la hernie du cœcum et de l'appendice, et à l'étiologie de l'inflammation de cet appendice.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ou de reproduire les théories qui nous font comprendre comment le cœcum peut descendre dans un trajet herniaire, et comment il est entouré ou non d'un sac. Nous chercherons plutôt à voir quelle est la fréquence de ces hernies appendiculaires ou cœco-appendiculaires, et l'âge auquel elles se compliquent d'appendicite. Mais nous nous heurtons là à une grande divergence parmi les auteurs. Nous éliminerons d'abord les hernies ombilicales, quoique la présence dans une telle hernie de l'appendice paraisse fréquente, au moins chez l'enfant ; nous n'avons pas fait de recherches spéciales à ce sujet, mais M. le professeur Estor, dans son Mémoire, signale, sur 104 cas de hernies étranglées chez le nourrisson, 14 se rapportant à des hernies ombilicales, dont 5 contenaient l'appendice. De même, nous laisserons de côté les hernies appendiculaires ischiatiques ou diaphragmatiques, dont Longuet, dans son travail sur l'appendicocèle, d'après les Morganiens, rapporte deux cas : « Mais l'appendice n'était pas seul hernié, et l'appendicocèle disparaissait au second plan, dans une malformation quasi-tératologique. » (Longuet, *loc. cit.*)

Dans ce même mémoire, M. le professeur Estor trouve que sur 104 cas de hernies étranglées, 42 fois la présence du cœcum ou de l'appendice est notée : le cœcum seul 5 fois, l'appendice seul 6 fois, le cœcum et l'appendice 11 fois, le cœcum et le côlon 1 fois, le cœcum et l'intestin grêle 4 fois, le cœcum, l'intestin grêle et l'appendice 9 fois. Ce qui nous donne, ajoute M. le professeur Estor, comme pourcentage global pour les hernies de l'appendice et du cœcum, le chiffre énorme de 40 p. 100.

Clogg, dans un mémoire assez court paru en 1906, dans le *Lancet*, combinant les statistiques de Hoffmann, Colzi, Wassitjew, Coley, Bundschuch, trouve que sur 3.054 cas de hernies, on ne note que 53 fois la présence de l'appendice. La statistique personnelle de Charing Cross Hospital montre que d'abord sur 250 cas, il n'a vu que 4 fois l'appendice, puis sur 100 cas consécutifs 8 fois. Au total donc, il note 63 fois la présence de l'appendice sur 3.404 cas de hernies.

Carl Stern indiquait une proportion de 11 cas de hernies de l'appendice et du cœcum sur 51 kélotomies ; Michel une proportion de 8 sur 120.

Il y a donc de profondes divergences. Cela tient sans doute à ce que le contenu des hernies, aperçu au cours des kélotomies pour cure radicale ou pour étranglement, n'est pas toujours noté ou relaté dans les observations ou les statistiques publiées. Mais il est plus intéressant d'étudier à quelle époque de la vie l'inflammation de l'appendice est le plus fréquent. Les statistiques, à ce sujet, sont plus précises.

Rivet donne :

1 cas chez un enfant nouveau-né.

1 cas chez un enfant de deux jours.

1 cas chez un enfant de dix semaines.

3 cas chez des enfants au-dessous d'un an.
7 cas de 2 à 13 ans.
6 cas de 19 à 30 ans.
5 cas de 30 à 40 ans.
10 cas de 40 à 50 ans.
13 cas de 50 à 60 ans.
9 cas de 60 et au-dessus.

La statistique de Sauvage, comprenant 29 cas, donne :

1 cas au-dessus de 1 an.
1 cas de 6 ans.
2 cas de 10 à 20 ans.
3 cas de 30 à 40 ans.
4 cas de 40 à 50 ans.
7 cas de 50 à 60 ans.
11 cas de 60 à 70 ans.

En résumant les observations apportées par Osty, nous trouvons :

1 cas, enfant de 18 jours.
1 cas au-dessous de 1 an.
2 cas de 1 à 2 ans.
2 cas de 2 à 5 ans.
2 cas de 5 à 10 ans.
2 cas de 10 à 20 ans.
1 cas de 20 à 30 ans.
4 cas de 30 à 40 ans.
7 cas de 40 à 50 ans.
11 cas de 50 à 60 ans.
11 cas de 60 à 70 ans.
3 cas de 70 à 80 ans.

Le Duigan, qui n'étudie que l'appendicite herniaire dans les hernies crurales, donne :

3 cas de 20 à 30 ans.
7 cas (dont un homme), de 30 à 40 ans.
4 cas (dont un homme), de 40 à 50 ans.
3 cas, de 50 à 60 ans.
5 cas, de 60 à 70 ans.

Signalons en passant que le travail de Le Duigan permet de se rendre compte que l'appendicite herniaire crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme (20 cas contre 2).

Enfin, la statistique de Jacquemin, portant sur 77 cas, confirme les données précédentes. En effet, elle donne :

2 cas au-dessous de 1 an.
6 cas de 1 à 3 ans.
3 cas de 10 à 20 ans.
5 cas de 20 à 30 ans.
6 cas de 30 à 40 ans.
12 cas de 40 à 50 ans.
16 cas de 50 à 60 ans.
19 cas de 60 à 70 ans.
7 cas de 70 à 80 ans.
1 cas à 85 ans.

En somme, ces chiffres montrent que la plus grande fréquence de l'appendicite herniaire est entre 55 et 72 ans, avec une prédominance marquée entre 60 et 72 ans.

Nous n'avons pas retrouvé un assez grand nombre d'observations parues depuis la thèse de Jacquemin pour pouvoir établir une statistique sur des bases solides. D'ailleurs, les quelques observations récentes que nous apportons ont trait en majeure partie à des sujets âgés, mais nous ne pourrions pas établir un pourcentage exact. Nous adoptons donc les données de Rivet, Sauvage, Osty, Le Duigan et Jacquemin. Nous faisons pourtant une réserve,

qui nous est indiquée par le mémoire de M. le professeur Estor : c'est que la question est à revoir de près pour les appendicites herniaires de l'enfance, époque à laquelle elles paraissent être plus fréquentes que ne le signalent les auteurs.

Au sujet de la fréquence relative dans les 2 sexes, les auteurs ne sont guère d'accord, Klein et Brieger trouvant plus souvent la hernie appendiculaire chez l'homme que chez la femme, Jacquemin obtenant avec ses observations un résultat inverse. De même pour la fréquence des hernies inguinales et des hernies crurales.

Il est plus intéressant de noter la fréquence respective des hernies appendiculaires inguinales et crurales, suivant le sexe. Nous voyons alors facilement que l'homme ne présente, pour ainsi dire, que des appendicites inguinales, la femme des crurales (Le Duigan, Jacquemin).

L'appendicite herniaire peut aussi se produire à gauche. Herbett, Schwarz, Vautrin, Romm en ont apporté des observations. Le cas de Romm est même une hernie crurale. Makewich, Napalkoff, Viren ont aussi publié plusieurs cas. Enfin, Silhol a fait, en 1906, une comparaison des hernies appendiculaires droites et gauches.

Les hernies appendiculaires, qui apparaissent à la fin de la vie peuvent s'expliquer par des phénomènes de relâchement et de ptose, mais on éprouve quelques difficultés à expliquer le mode de formation de ces hernies dans les premières années de l'existence. En effet, M. le professeur Estor, au mémoire duquel nous empruntons ces données, comparant les travaux de Trèves, Schieffendaker, de Fromant, de Legueu, de Jonnesco, de Paul Vallée, de Tuffier et Jeanne, arrive au résultat suivant : chez l'enfant, le cœcum est placé, dans 72 p. 100 des cas, au-dessous de l'épine iliaque. Chez l'adulte, on ne le retrouve dans la

même position que 9,7 sur 100. De plus, le cœcum est peu volumineux chez l'enfant.

Quant à la longueur de l'appendice, si quelquefois on a eu affaire à des appendices géants (Denis, Pillars, cas de Chavannaz : 20 cm.), elle n'est, le plus généralement, que de 4 cm. 9 dans les premières années, et de 9 chez l'adulte.

La perméabilité du canal vagino-péritonéal, plus fréquente à droite, est une disposition qui favorise probablement le développement des hernies appendiculaires. Enfin, il faut tenir compte des adhérences d'origine congénitale qui réunissent l'appendice au testicule, à l'épididyme et au cordon. On peut admettre que l'appendice, ayant contracté des adhérences avec ces organes avant la descente du testicule, puisse être entraîné dans le canal vagino-péritonéal, lors de la migration (Estor, *loc. cit.*).

Etudions maintenant rapidement la pathogénie des accidents eux-mêmes d'appendicite herniaire. Ici une question se pose. Y a-t-il étranglement appendiculaire primitif, ou tout d'abord appendicite se compliquant de phénomènes d'étranglement ou de pseudo-étranglement.

Camelot, Guinard, Mauclaire et Dambrin, Legueu paraissent avoir rapporté des cas nets d'étranglement. Mais comme nous le disait M. le professeur Estor dans une récente leçon clinique, le plus souvent, c'est l'appendice qui commence. Et alors la filière des accidents est simple au point de vue étiologique et pathogénique. L'appendicite arrive avec toutes ses causes (sur lesquelles nous croyons qu'il est ici au moins inutile d'insister) : infection le plus souvent d'origine intestinale ou sanguine, favorisée par la présence de corps étrangers ou de parasites

(pépins de raisins, obs. XVII, trichocéphale, obs. VIII, oxyures, obs. XV). Signalons en passant l'influence favorisante que peut avoir sur les infections de l'appendice la position en ectopie aussi prononcée de cet organe, lorsqu'il est au fond d'un sac herniaire inguinal ou crural. Il n'échappe pas à cette loi qui veut que les organes ectopiés recevant dans des conditions anormales leurs vaisseaux sanguins et leurs nerfs, résistent moins aux infections.

Les traumatismes répétés, auxquels l'appendice hernié est exposé, le bandage, la constriction par le collet du sac, la constipation fréquente dans les hernies du gros intestin, sont autant de causes adjuvantes. Une fois l'appendice infecté, il se produit une exsudation, une véritable péritonite herniaire, et seulement alors pseudo-étranglement, lorsque l'appendicite évolue en milieu herniaire. S'il est seul dans le sac, toute l'affection reste locale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'appendice étant infecté, voyons ce qui se passe le plus habituellement. Suivant l'époque à laquelle nous interviendrons pour couper court aux accidents, nous trouverons un appendice infecté, épaissi, turgescent, en érection, plus ou moins adhérent. Un peu plus tard, nous tomberons sur des petits abcès contenus dans l'épaisseur des parois appendiculaires ; quelquefois, la cavité elle-même de l'organe contiendra du pus. Enfin, si nous laissons évoluer plus longtemps les choses, l'appendice pourra être frappé de gangrène partielle ou totale.

Mais ces lésions n'évoluent pas seules. Le sac herniaire ou les tissus voisins, quand l'appendice est extra-sacculaire (obs. XIII), réagissent contre l'infection. Le sac, diverticule péritonéal, se remplira d'abord d'un liquide citrin, que nous voyons signalé dans nombre de nos observations, et en particulier dans la première. Peu à peu, ce liquide s'infectera, deviendra floconneux, purulent, prendra l'odeur repoussante et fécaloïde ordinaire des suppurations qui avoisinent le tube digestif. La peau traduira ces états successifs. De normale et simplement tendue qu'elle était au début, nous la verrons devenir rouge, œdémateuse, quelquefois s'ouvrir et se fistuliser. Si l'appendice est extra-sacculaire, un abcès se formera dans les tissus voisins, et le sac pourra, par réaction seconde, présenter les lésions précédentes.

Si l'appendice est intra-sacculaire, comme nous l'avons considéré plus haut, et si d'autres viscères (intestin grêle ou cœcum, épiploon) sont contenus dans la hernie, nous les verrons se congestionner, se couvrir de fausses membranes, quelquefois même s'ulcérer, se perforer. L'appendice, en tous cas, ne tarde pas à adhérer au sac ou aux viscères, rendant ainsi plus pénible et plus longue l'intervention.

Si nous examinons l'appendice une fois réséqué, nous le trouverons, à l'encontre de la théorie de Dieulafoy, très souvent perméable; quelquefois nous y rencontrerons des corps étrangers (scybales, noyaux de fruits, parasites).

Une constatation intéressante est que l'on ne voit presque jamais sur l'appendice de sillon nettement marqué, permettant d'affirmer que la cause de tous ces désordres est un étranglement des viscères herniés. Nous retrouvons ici la preuve de ce que nous avions avancé en étudiant la pathogénie des accidents dus à l'appendicite herniaire, c'est-à-dire que dans la grande majorité des cas, le malade commence à faire une véritable appendicite, et par retentissement sur l'intestin contenu dans le sac, présente les signes d'un pseudo-étranglement.

Enfin, l'examen microscopique mettra en évidence les lésions que nous avons l'habitude de rencontrer dans les appendicites normales que les travaux de Quénu, Pillie et Coste, Siredey et Leroy, Letulle ont nettement élucidées, c'est-à-dire en les énumérant succinctement : folliculite, péri-folliculite, lymphangite transpariétale, suppuration ou lymphangite térébrante, gangrène.

Au point de vue bactériologique, les auteurs ne signalent rien en général. Nous savons que Macaigne et Achard, Veillon et Tuber ont contribué par leurs travaux à mon-

trer le rôle des microbes pyogènes ordinaires (staphylocoques, pneumocoques) et des anaérobies.

Nous retrouvons dans le travail de Lévy un examen bactériologique d'appendicite herniaire : il y avait du bacillus fusiformis de Veillon, un microcoque en amas, tous deux anaérobies, et de l'entérocoque de Thiercelin et Rosenthal ; la présence de ces agents ne nous surprend pas, car nous savons la prépondérance qu'ont les anaérobies dans la bactériologie des suppurations d'origine intestinale. Dans une autre observation de Jacquemin, on retrouve aussi l'entérocoque, associé au colibacille et au staphylocoque.

SYMPTOMATOLOGIE

Formes cliniques

Pour avoir une idée clinique de l'appendicite herniaire, nous étudierons d'abord la symptomatologie en général. Nous décrirons ensuite les différentes variétés de formes que peut présenter cette affection, qu'on est exposé le plus souvent à confondre avec l'étranglement herniaire.

Tout d'abord, disons que jamais l'appendicite herniaire ne présente au complet le tableau de l'étranglement. Ce dernier, avec la douleur, les nausées, les ballonnements du ventre, *l'arrêt complet des matières et des gaz,* les vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes, offre un tableau net, sur lequel nous n'avons pas à insister. L'appendicite herniaire présente aussi des symptômes analogues ; mais nous verrons, en les étudiant de près, qu'il est possible de les différencier, au moins dans certains cas.

Voyons, en premier lieu, comment débute une appendicite herniaire. Le premier signe important, sur lequel il faut attirer l'attention, c'est *la douleur*. Lévy, dans son Mémoire sur les hernies de l'appendice, y insiste particulièrement. La douleur est localisée uniquement dans le sac herniaire. Elle est brusque, apparaissant tout d'un coup, sans que rien ne l'ait précédée, ou bien elle s'ins-

talle graduellement, et sourde d'abord, devient de moment en moment plus aiguë. En même temps, la hernie devient irréductible.

Analysons un peu ces deux symptômes. La *douleur* est ordinairement très vive, tantôt lancinante et fugitive, tantôt continue, exaspérée par les mouvements et la pression. Elle siège naturellement au niveau de la hernie, avec un point maximum assez bien limité, mais qui ne répond pas toujours au pédicule. Cette douleur s'irradie suivant le siège de la hernie : pour une crurale, ce sera vers l'abdomen et le trajet du nerf saphène interne ; pour une inguinale, vers le testicule et la fosse iliaque.

Lévy insiste beaucoup sur un caractère qu'il a nettement observé dans une de ses observations (obs. VII). Sur la douleur qu'éprouvait sa malade, sur cette « colique appendiculaire », comme il l'appelle, venait se greffer une douleur plus intense, paroxystique, un « lancement », suivant l'expression même du sujet, qui occupait toujours une même localisation. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage même du travail de Lévy : « La douleur paroxystique, bien localisée en un point précis, venant de temps à autre se surajouter à une colique continue dans une hernie, n'appartient, nous le croyons, *qu'à l'appendicite* ; et ce signe important, sur lequel on devrait insister dans l'examen d'une hernie, surtout d'une hernie étranglée, ne manquerait pas, bien souvent, de mettre sur la voie du diagnostic. »

Mais les signes fonctionnels ne se limitent pas à de la douleur. Nous constatons un retentissement assez marqué sur le fonctionnement du tube digestif.

Les *vomissements* constituent un phénomène très fréquent. Pour Osty, ils seraient constants ; ils ne manqueraient même pas dans les formes locales. Mais les tra-

vaux postérieurs à sa thèse, et l'étude même des observations, nous permet de conclure que si fréquemment on constate des vomissements alimentaires et bilieux, ils sont très rarement fécaloïdes. Encore ne le sont-ils que lors que l'on a laissé évoluer les choses pendant très longtemps (obs. XII, opération 15 jours après le début des accidents). Quelquefois, on ne remarque qu'un léger état nauséeux (obs. XIV). D'ailleurs, si nous consultons le travail de Le Duigan, les vomissements seraient exceptionnels. Entre ces deux opinions si diamétralement opposées d'Osty et de Le Duigan, nous pouvons dire, — et ceci nous est inspiré par l'étude des observations que nous rapportons, — que les vomissements existent souvent, qu'ils sont surtout alimentaires ou muqueux, plus rarement bilieux, très rarement fécaloïdes. Quand ils surviennent, il paraît rationnel d'admettre qu'ils sont dus à une légère compression des viscères herniés en même temps que l'appendice, compression elle-même sous l'influence de l'inflammation appendiculaire, et qui ne va d'ailleurs jamais jusqu'à l'étranglement vrai.

La *suppression des matières* est rarement absolue. Il y a constipation relative ; les selles sont peu nombreuses (1 en 8 jours par exemple). Notre malade (obs. I) avait pourtant eu une selle dans la nuit. Il est néanmoins plus fréquent de voir la constipation s'établir. En général, cela a lieu surtout dans les appendicites en milieu herniaire. Rappelons en passant que Jacquemin cite une observation intéressante de Mouillé (Th. de Briançon, 96-97), dans laquelle le malade s'est présenté avec une diarrhée abondante. Mais ce fait est exceptionnel.

Si la constipation, suppression relative des cours des matières, est fréquente, *on n'a jamais signalé la sup-*

pression des gaz. Le ballonnement du ventre, sa tension sont, en général, peu marqués.

Dans l'appendicite herniaire, le tableau complet de l'occlusion intestinale n'est donc pas la règle ; ce symptôme négatif donne donc à cette affection un aspect quelque peu différent de celui de l'étranglement herniaire.

La douleur, les vomissements, la constipation relative sont les seuls signes fonctionnels que nous observions.

Etudions maintenant les signes physiques. L'exploration de la région herniaire nous donnera toute une série de renseignements précieux.

A *l'inspection,* nous verrons une tuméfaction occuper la région inguinale ou crurale. Et le malade nous apprendra que la tuméfaction est apparue très rapidement, quelquefois très brusquement, en même temps qu'apparaissait la douleur.

Le volume de la tuméfaction est généralement considérable. Dans notre observation, la hernie descendait jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Dans la plupart des observations, le volume a frappé les auteurs : ils le comparent à un œuf, une orange, à un poing. Signalons, ce qui ne nous surprend pas, que les hernies inguinales sont celles qui sont les plus volumineuses. Les hernies crurales sont en général petites, peu visibles, marronnées. Lévy, après Sarfet, Jackle, Herbig, insiste sur la rapidité avec laquelle se fait cette augmentation de volume. Nous retrouvons ce caractère noté dans nombre de nos observations (obs. III, obs. V, obs. VI, obs. VII, etc.).

Quelquefois, la peau, au lieu de conserver son aspect normal, deviendra rouge, enflammée, œdématiée, et pourra même s'ulcérer ; nous aurons alors une fistule.

La *palpation* (douloureuse en général) nous fera connaître que cette tumeur est dure, d'une « dureté pier-

reuse ». (Lévy, *loc. cit.*). Pourtant, ce signe n'est pas constant : plusieurs auteurs ont constaté de la fluctuation. Baillet (Soc. de Chirugie, 1903) signale même la faible tension de la tumeur. Enfin Sarfert a signalé la *crépitation* à la palpation.

A la *percussion,* nous constaterons de la matité.

L'état général du malade est, dans la majorité des cas, assez bon. Une preuve est fournie par la temporisation souvent un peu longue que la plupart des auteurs ont adoptée comme ligne de conduite avant de se décider à l'intervention. Osty, pourtant, trace un tableau très sombre : facies péritonéal, pouls filiforme, anxiété. En général, la scène n'est pas aussi dramatique. Il peut y avoir de la température, surtout dans les formes suppurées, sur lesquelles nous reviendrons plus loin : le pouls est le plus souvent normal ou légèrement accéléré, de 80 à 104. Il est rarement irrégulier. Pourtant, dans quelques cas graves où la mort est survenue, il était arythmique. D'ailleurs, à l'autopsie, on a relevé alors des lésions de myocardite (obs. XV). Cependant, dans quelques observations, nous notons des phénomènes généraux graves. Mais nous pouvons dire *qu'en général, ces phénomènes ne sont qu'ébauchés et ne présentent aucun caractère alarmant.*

Nous n'avons tracé là que le tableau général qui se présente à nous lorsque le malade, devant les troubles qu'il ressent, a recours au chirurgien. Ce tableau n'est pourtant pas unique, et l'appendicite herniaire, pareille en cela à l'appendicite abdominale, peut revêtir de nombreuses formes cliniques.

Forme latente. — Tout d'abord, nous séparerons une *forme latente.* Michel (obs. VIII), opérant, en dehors de tout accident, un enfant de 12 ans pour le guérir d'une

hernie inguinale, trouve un appendice adhérent au sac ; l'examen microscopique de cet appendice le montre manifestement enflammé, et permet de déceler la cause de cette inflammation : deux trichocéphales en train de perforer les parois. Il paraît clair que des accidents n'auraient pas tardé à se manifester si l'on n'avait point opéré. Il n'en est pas moins vrai que cette inflammation avait passé complètement inaperçue. Une observation ne suffit pas sans doute à justifier une séparation dans ce gros bloc des appendicites herniaires ; cependant, nous avons cru bien faire en le signalant ; car elle nous servira lorsque, au point de vue du traitement, nous envisagerons le cas, où, au cours d'une cure radicale, l'on rencontre l'appendice *paraissant* sain.

Forme épiploite herniaire. — La forme la plus fréquente est la *forme épiploïte herniaire*. C'est souvent chez un malade d'un âge avancé qu'on l'observe. Une hernie ancienne, donnant quelquefois des sensations désagréables, devient subitement le siège d'une douleur aiguë très vive, augmente rapidement de volume, et cela sous l'influence d'un mouvement violent, d'un effort, ou même sans cause apparente. Alors le malade présente tous les signes que nous avons étudiés dans les pages précédentes. Nous l'avions fait à dessein, car la forme que nous étudions actuellement est de beaucoup la plus fréquente. Si nous passons en revue, en effet, nos observations, nous voyons que presque toujours le chirurgien a diagnostiqué épiploïte herniaire (obs. XIII), et n'a reconnu l'appendice que pendant l'intervention.

Nous ne voulons point nous étendre ici sur certains caractères (douleur...), qui nous permettraient de les différencier. Nous nous proposons de les étudier dans un cha-

pitre suivant réservé au diagnostic ; mais nous pouvons déjà dire que ce diagnostic sera souvent délicat.

Forme phlegmoneuse. — Berger, dans son Traité de Chirurgie, signale que souvent l'appendicite herniaire prend la *forme phlegmoneuse,* avec abcès, laissant souvent une fistule. Pour Berger, elle correspondrait aux faits dans lesquels l'appendice est seul dans la hernie. L'inflammation ne reste pas localisée au sac. Les tissus voisins réagissent. La région herniaire devient très douloureuse ; en plus de la tension que l'on observe d'habitude dans les étranglements, on perçoit de l'empâtement, traduisant le travail inflammatoire qui se passe autour du sac. La peau ne tarde pas à être modifiée : elle devient rouge, luisante, chaude, douloureuse. Jacquemin, qui a décrit ces formes cliniques avec beaucoup de justesse, distingue deux variétés : 1° *la variété suppurative,* où tout évolue comme un abcès local ; la peau rougit beaucoup plus en un point. La palpation dénote de la fluctuation ; puis l'abcès s'ouvre ; du pus, parfois mélangé à des gaz, à des concrétions, à des corps étrangers (obs. XVII) s'écoule, et les phénomènes locaux tombent rapidement, avec, toutefois, persistance d'une fistule. Pendant ce temps, les phénomènes généraux n'ont jamais été bien graves, ni inquiétants ; un peu de malaise, de courbature, quelques troubles digestifs. La température peut monter légèrement, le pouls s'accélérer. Mais tout cède rapidement (obs. XXII).

2° *La variété phlegmoneuse,* où l'inflammation est diffuse, où l'état local et l'état général sont ceux d'un phlegmon diffus, septique, avec toute leur gavité : rougeur et gonflement sans limites distinctes, quelquefois phlyctènes, tuméfaction énorme. La palpation est excessivement douloureuse. L'état général est très mauvais ; la tempé-

rature atteint 39° à 39°5 ; le malade est abattu, la soif vive, la langue saburrale ; quelques vomissements apparaissent. Il y a de la constipation, rarement de la diarrhée. Bientôt, la peau se sphacèle, et il s'écoule un pus fétide contenant des débris de tissus nécrosés ; de vastes décollements se produisent. Morestin (obs. XXV), Legueu, Potherat ont insisté sur ces phlegmons gangréneux dus à des appendicites. L'observation de Morestin que nous rapportons nous fait voir la terminaison possible de cette forme par la fistulisation. Quand on ne voit le malade qu'à cette époque de l'évolution de son affection, on peut se trouver fort embarrassé, et on pourra penser le plus souvent à une suppuration ganglionnaire. Ainsi, dans notre observation XVII, Guillemain ne reconnut l'origine appendiculaire des fistules que portait sa malade, que lorsqu'elle affirma avoir vu sortir des orifices un corps qu'on ne s'attendait pas à voir éliminer dans une adénite tuberculeuse (c'était le diagnostic posé), un pépin de raisin. C'est en effet la constatation de l'issue des matières qui fera penser à l'appendice ; souvent même, ce n'est qu'à l'intervention que l'on fera un diagnostic ferme. Nous devons ajouter qu'entre ces deux variétés : suppurative et phlegmoneuse, il y a tous les intermédiaires. En matière d'appendicite herniaire, comme en toute autre matière : *natura non fecit saltus.*

Forme entérocèle étranglée. — En lisant notre observation XX, due à Baillet, nous verrons que, pensant opérer une hernie étranglée, le chirurgien arriva sur une appendicite herniaire. Mouchet (obs. XXVI) eut la même surprise. L'appendicite herniaire peut, en effet, simuler à s'y méprendre l'étranglement intestinal. Le début est brusque, l'évolution se fait avec des phénomènes généraux

graves. La hernie devient irréductible, augmente de volume. La douleur apparaît vite. Bientôt s'installent un malaise général, des nausées, puis des vomissements, qui de bilieux et aqueux deviennent (rarement) fécaloïdes. La constipation est absolue. L'état général s'altère rapidement, le facies se grippe, le pouls devient filiforme, rapide : on peut constater de l'hypothermie. Mais ici encore l'étude attentive des symptômes nous permettra de voir que les vomissements sont moins répétés, que l'état général décline moins rapidement (obs. X), enfin que si localement tout nous fait penser à un étranglement, les signes généraux n'ont pas la constance et la netteté que nous retrouvons dans la hernie étranglée vraie. D'ailleurs, dans nos observations, nous voyons que, souvent, le diagnostic posé a été celui de pincement latéral. Et encore ces symptômes ne sont-ils aussi prononcés que, lorsqu'avec l'appendice, il se trouve dans le sac, le cœcum ou de l'intestin grêle.

Forme épiplocèle, réductible ou irréductible. — Très souvent, chez l'adulte, c'est de l'épiploon qui cohabite avec l'appendice dans le sac. Nous prendrons comme type de cette forme le cas publié par M. le professeur Riche (obs. XIV). L'appendice peut avoir manifesté sa présence et son inflammation chronique par des poussées douloureuses dans la hernie, par de légers phénomènes inflammatoires. L'état général ne s'altère pas. Aussi les malades ne se décident-ils à se laisser opérer que parce que les phénomènes locaux les inquiètent ; l'appendicite est alors une trouvaille pendant l'opération.

Toutes les formes précédentes peuvent évidemment s'associer l'une à l'autre pour venir compliquer le tableau clinique. Mais souvent la constatation des phénomènes

contradictoires ou sans rapport les uns avec les autres pourra attirer l'attention du chirurgien sur la possibilité d'une inflammation appendiculaire dans une hernie.

A côté des formes nettes que nous avons cru pouvoir différencier, il en est d'autres sur lesquelles nous n'avons pas voulu insister. L'appendice apporte dans les hernies sa fâcheuse tendance à s'infecter. Et son inflammation aiguë ou chronique se traduit d'une façon encore plus trouble dans une hernie que dans la cavité abdominale où la grande séreuse péritonéale est là pour grossir les réactions. Nous avons donc des formes à crises douloureuses intermittentes, analogues aux appendicites à répétition abdominales (obs. XXVII).

Rappelons enfin que l'appendice en position abdominale « à la porte » de la hernie, suivant l'expression de Lejars, peut traduire son inflammation par une symptomatologie « herniaire » pour ainsi dire, comme Körte et Bichat en ont rapporté chacun un cas (obs. XV et XVI), dans deux observations qui paraissent calquées l'une sur l'autre : Distension d'un sac herniaire au cours d'une appendicite aiguë suppurée simulant une hernie étranglée.

Signalons en dernier lieu les hernies appendiculaires enkystées et dont on ne connaît qu'un seul cas, rapporté par Demoulin à la Société de chirurgie en 1900 et relaté par Lévy et Jacquemin. Cette curiosité pathologique, intéressante par l'affection qu'elle peut simuler (hydrocèle), ne nous retiendra pas, car elle n'entre pas dans le cadre proprement dit des appendicites herniaires.

TERMINAISON

L'étude que nous venons de faire de l'appendicite herniaire nous montre que si nous laissons évoluer la maladie, si nous n'intervenons pas pour évacuer les produits septiques, lever l'étranglement s'il en existe un secondaire (nous pensons, en effet, comme M. le professeur Estor, que cet étranglement est presque toujours secondaire à l'appendicite, malgré l'opinion de Massoulard, qui admet souvent un étranglement primitif), nous verrons la maladie se terminer :

1°) Par la chronicité, terminaison rare.

2°) Par un phlegmon du scrotum ou de la région inguinocrurale, laissant après lui des fistules souvent stercorales (au moins à un moment donné de leur évolution).

3°) Par la mort, qui sera surtout le fait d'une complication, la plus redoutable étant la péritonite généralisée, la plus fréquente étant l'étranglement ou le pseudo-étranglement dû à la péritonite herniaire.

Nous estimons qu'il n'y a pas lieu de faire un chapitre spécial pour les complications. Ce sont celles de toutes les infections qui avoisinent le tube digestif : la septicémie guette le malade, septicémie avec ses localisations secondaires : pneumonie, pleurésie, abcès du foie, du rein, avec son retentissement si grave sur le cœur, myocardite ; enfin la péritonite généralisée pourrait s'observer bien que nous ne l'ayons vue signalée dans aucune des observations que nous avons parcourues et étudiées.

DIAGNOSTIC

La variété si grande des formes que peut prendre l'appendicite herniaire rend le diagnostic de cette affection très délicat. Il n'y a pas pour ainsi dire de signe pathognomonique de l'inflammation appendiculaire dans une hernie. Malgré la constatation par certains auteurs d'un petit cordon demeurant dans le sac après la réduction, aucun n'a été affirmatif. La physionomie clinique se présente (sans parler de la forme latente, dont le nom trahit l'absence de symptômes), sous les aspects d'une entéro-épiplocèle réductible ou non, d'une épiplocèle herniaire, d'un phlegmon herniaire, d'un étranglement herniaire.

Mais si le diagnostic est difficile, il est exagéré d'admettre, comme Fleisch, Jackle et Brieger qu'il n'est pas possible de poser un diagnostic certain d'appendicite dans un sac herniaire. Suivant le conseil de Neuebauer, il faut sonder avec soin l'histoire du malade et de plus faire aussi un examen local minutieux. L'appendicite paraît faire des tumeurs plus dures, plus tendues que la hernie étranglée ordinaire. La douleur, sur laquelle nous avons insisté dans notre chapitre de symptomatologie, constitue un excellent élément : continue, mais présentant des paroxysmes qui se localisent en un point, toujours le même, de la hernie, elle indique qu'en ce point évolue un travail phlegmasique plus intense qui a de bien grandes chances d'être appendiculaire.

Etudions, pour essayer de faire un diagnostic plus précis, les différentes formes sous lesquelles l'appendicite herniaire se présente ordinairement en clinique. Quand une hernie est le siège de troubles pathologiques, on attribue naturellement, et le plus souvent avec raison, ces manifestations au contenu habituel des hernies : c'est l'épiploon qui est mis en cause quand la symptomatologie paraît peu grave ; c'est l'intestin que nous accusons si l'évolution est plus dramatique.

L'erreur la plus fréquente est commise avec l'épiplocèle étranglée ou enflammée. Et il faut bien reconnaître que les deux affections présentent bien des points communs : même brusquerie dans le début et dans l'augmentation de volume, évolution locale à peu près semblable, retentissement aussi peu marqué dans un cas comme dans l'autre sur les fonctions du tube digestif et sur l'état général. Cependant, l'appendicite offrira plus de brusquerie, plus d'intensité dans la douleur : nous revenons encore sur le caractère paroxystique qu'elle présente souvent.

La tumeur est plus dure, plus tendue, pierreuse (Lévy). L'épiploïte donne une tumeur d'une mollesse assez nette : la matité est très marquée ; enfin la constatation d'une structure finement lobulée fera pencher la balance en faveur de l'épiploon. Si l'on perçoit en palpant avec soin l'abdomen (qui est généralement peu tendu), la sensation d'une corde au-dessus de l'orifice herniaire, on aura là un excellent signe d'épiploïte ; mais il faut avouer que ces signes peuvent manquer et que, d'ailleurs, chez l'adulte, épiploon et appendice coexistent souvent à l'intérieur du sac.

Quelquefois l'appendicite herniaire peut, l'appendice étant seul hernié, simuler l'étranglement. D'autres fois, la tuméfaction des organes intra-sacculaires peut causer

un étranglement vrai en comprimant une anse grêle : dans ces cas, le diagnostic est impossible, mais ces cas sont rares.

Le pincement latéral, le pseudo-étranglement induisent souvent le chirurgien en erreur. Pourtant, quand c'est l'intestin seul qui est en cause, les phénomènes sont d'emblée plus graves ; l'état général s'altère plus rapidement ; les vomissements surtout deviennent assez vite fécaloïdes. Nous avons vu en étudiant nos observations qu'ils avaient été très rarement signalés et encore n'avaient-ils pas eu la constance et la fréquence qu'ils ont dans l'étranglement herniaire. M. le Professeur Estor met en relief deux signes dans son mémoire, en ajoutant, d'ailleurs, que leur importance n'est pas très grande : ce sont les selles sanglantes et la rétention d'urine.

La douleur, qui est plus volontiers localisée au collet de la hernie quand c'est l'intestin qui s'étrangle, est plus diffuse dans la tumeur lorsque l'appendicite est à la base des troubles.

Enfin, dans l'étranglement, le cours des matières et des gaz est complètement suspendu ; nous avons noté au contraire dans l'appendicite que les gaz au moins continuent à passer.

Quand l'inflammation du sac sera intense, quand les tissus superficiels seront envahis, le diagnostic se posera différemment chez l'homme et chez la femme ; car dans le premier cas, la hernie est souvent inguinale. Nous devrons donc éliminer les inflammations épididymaires, testiculaires (examiner l'urèthre, la prostate), enfin les accidents d'ordre génito-urinaire.

Chez la femme, où la hernie est le plus souvent crurale, l'adénite du ganglion de Cloquet, un abcès de cause locale, un abcès par congestion pourront nous abuser.

S'il y a des fistules, nous devrons par l'étude approfondie des anamnestiques, par l'examen des matières s'échappant des orifices, éliminer soit une déférentite, soit une adénite tuberculeuse inguinale (rare), crurale (plus fréquente).

Signalons à titre documentaire quelques erreurs possibles : les cas de Körte et de Bichat (obs. XV et XVI) : appendicites abdominales suppurées pouvant faire croire à une appendicite herniaire ; les hernies enflammées des trompes et de l'ovaire ; enfin la confusion possible qu'a signalée Hutchinson (British Med. Journal, 1899), d'une appendicite herniaire avec un diverticule de Meckel enflammé.

Mais, somme toute, on n'arrivera au diagnostic d'appendicite herniaire que par élimination successive.

Nous pouvons dire, en résumé, que lorsque nous nous trouverons en présence d'une inflammation herniaire aux allures peu franches, peu nettes, anormales, bizarres, tant par les signes locaux que par les signes généraux, nous devrons penser à l'appendicite herniaire. L'interrogatoire et l'examen attentif permettront de poser sinon un diagnostic certain, du moins assez probable.

PRONOSTIC

Berger déclare que l'appendicite herniaire est une des variétés graves de la péritonite herniaire. Mérigot de Trégny admet que l'étranglement de l'appendice est aussi grave que celui d'une autre portion d'intestin. Osty rapproche sa gravité de celle de l'entérocèle étranglée. Le Duigan la considère comme très sérieuse. Lévy fait entrer en ligne de compte l'état de l'appendice : totalement enflammé, le cas serait moins défavorable ; s'il n'est que partiellement pris on a plus à redouter la péritonite abdominale, tandis que dans le premier cas on n'avait à lutter que contre la péritonite herniaire. Pour lui, le pronostic est très sombre.

Mais Jacquemin, comparant les résultats obtenus alors qu'on pratiquait systématiquement le taxis, et ceux qu'ont donnés les interventions hâtives, arrive à conclure, et nous adoptons ses conclusions, que si l'appendicite herniaire est grave du fait des accidents d'étranglement ou de pseudo-étranglement qui peuvent la compliquer, et aussi du fait qu'elle évolue insidieusement, sa gravité a beaucoup diminué depuis que l'on intervient dès que l'on voit des accidents pathologiques du côté d'une hernie.

Pour M. le Professeur Estor, qui compare chez le nourrisson la léthalité de l'appendicite herniaire à celle de l'étranglement, l'appendicite est plus grave (30,7 p. 100 contre 23,8 p. 100.

INDICATIONS — TRAITEMENT

Que devons-nous faire en présence d'une appendicite herniaire diagnostiquée d'une façon certaine, ou simplement soupçonnée ? Dans l'un et l'autre cas, une hernie étant le siège d'accidents, l'indication est simple : il faut opérer le plus vite possible pour mettre un terme à ces accidents.

Nous interviendrons donc : les incisions seront les incisions habituelles. Signalons un moyen rapide et très pratique de faire le champ opératoire : il suffit de badigeonner largement la région avec de la teinture d'iode, *sans aucun lavage préalable,* l'iode agissant mieux et plus profondément lorsque la peau n'a pas été touchée, comme l'a démontré Walther.

L'appendice malade doit être réséqué, suivant la technique habituelle. On pourra enfouir le moignon ou le laisser libre pour abréger un peu l'intervention. Enfin, suivant l'état du sac, des viscères, des parties voisines, on drainera ou on suturera en faisant une cure radicale. Il faudra bien entendu ne pas oublier le traitement général : sérum, caféine, électrargol, etc.

Nous avons envisagé le cas où nous trouvions un appendice enflammé dans la hernie. Que devons-nous faire lorsque nous sommes en présence d'un appendice *paraissant sain ?* (Nous considérons, d'ailleurs, le cas que la hernie présente ou non des accidents.) L'exemple de Mi-

chel (obs. VIII), nous guide. Nous suivrons les conseils donnés par M. le professeur Estor, par Lejars : si l'anesthésie a été courte, si le malade la supporte bien, on doit faire une résection soigneuse de l'appendice.

Si pour une raison quelconque, on doit abréger l'anesthésie, il vaut mieux laisser l'appendice courir les risques d'une appendicite future plus ou moins probable que ceux d'une syncope ou du collapsus.

OBSERVATIONS

Observation première

(Inédite) Recueillie dans le service de M. le Professeur Estor.

C... Marcel, âgé de 19 mois, entre à l'Hôpital-Suburbain dans le service de chirurgie infantile, le 15 avril 1909. Il est porteur d'une hernie inguinale droite.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, nous ne remarquons rien de bien saillant, sinon que l'enfant a eu à plusieurs reprises des convulsions sur la nature et au sujet desquelles la mère ne peut donner que de fort vagues renseignements.

La hernie date de la naissance. L'enfant a porté irrégulièrement un bandage en caoutchouc avec pelote à air, qui ne maintenait d'ailleurs la hernie que d'une façon très imparfaite. Depuis quelques jours, elle est très difficile à réduire et l'enfant est assez agité.

A son entrée, le 15 avril au matin, on constate une très volumineuse hernie inguinale droite, descendant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, difficilement réductible. De plus, il existe une petite hernie ombilicale.

Le 15 au soir, l'enfant est vu de nouveau. Il s'est plaint toute la journée. La hernie n'est pas réductible. Elle for-

me une tumeur dure, douloureuse, tendue. Pourtant le ventre est souple et il n'y a pas de signes d'étranglement herniaire : l'enfant a eu une selle dans la journée et n'a pas présenté de vomissement. On remet l'intervention au lendemain matin, vu l'état général très satisfaisant de l'enfant.

Le 16 avril, les choses sont dans le même état : la peau du scrotum est très légèrement rouge. Il y a eu une selle dans la nuit ; de plus, l'enfant a eu quelques convulsions.

On intervient par la kélotomie, en pensant trouver le cœcum dans la hernie. On base cette opinion uniquement sur le volume et le siège (à droite) de cette hernie ; on pense d'ailleurs qu'elle n'est pas étranglée.

L'anesthésie est faite au chloroforme. Le taxis est sans action même sous l'anesthésie.

Incision haute. On n'ouvre pas, suivant la technique habituellement employée dans le service, le canal inguinal. La fibreuse commune est très épaissie. A l'ouverture du sac, dont la surface externe est très vascularisée, s'échappe du liquide citrin. La hernie est constituée par la portion terminale de l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice.

Tous ces organes sont congestionnés. En particulier l'appendice est très gros, manifestement enflammé. Il est très adhérent, par son extrémité libre, au fond du sac herniaire. Ces adhérences sont de date ancienne car on est obligé de les sectionner aux ciseaux. L'appendice est réséqué à sa base au thermocautère. Pas d'enfouissement.

L'anneau inguinal externe est étroit. Le doigt peut à peine s'y engager et, pour faciliter la réduction de l'intestin, on le débride un peu en haut et en dehors à coups de ciseaux. Une fois l'intestin réintégré dans l'abdomen,

on dissèque le sac ; mais celui-ci se déchire très facilement et ce temps de l'intervention est très pénible.

L'opération durant déjà depuis plus d'une demi-heure, on achève rapidement : tous les temps de la cure radicale ne sont pas faits. On se contente de rebrourser le sac à travers une incision faite à l'aponévrose du grand oblique et on ferme l'anneau inguinal externe par deux points au catgut. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Injection de 50 cent. cubes de sérum. (Rappelons ici la technique habituellement suivie dans le service, pour la cure radicale de la hernie inguinale, technique décrite et réglée par M. le professeur Estor.)

1°) Incision de la peau, dissection de l'aponévrose du grand oblique, recherche du cordon.

2°) Incision du cordon, recherche du sac, incision et dissection du sac.

3°) Ligature du sac, puis rebroursement de celui-ci dans le canal inguinal à l'aide d'une pince introduite dans le canal par une boutonnière pratiquée dans l'aponévrose du grand oblique ; fixation du sac dans cette position.

4°) Fermeture par deux points en croix de l'anneau inguinal externe, renforcement de la paroi antérieure du canal à l'aide de plusieurs points au catgut fronçant l'aponévrose.

5°) Hémostase ; suture de la peau.

Nota. — Lors de cette intervention sur le jeune C... Marcel, la peau de la région n'avait subi aucun lavage (eau, savon, alcool, éther) ; elle n'avait été désinfectée que par la teinture d'iode, suivant le procédé ayant fait l'objet de la communication de Walther à la Société de chirurgie, et qui, employé systématiquement dans le service depuis quelque temps pour toutes les interventions

(hernies, laparotomies, ponctions d'abcès froids, etc.), donne d'excellents résultats.

Suites opératoires. — L'enfant a passé une bonne journée. Il a eu une selle spontanée ; mais la température s'élève à 39° à 5 heures du soir. Le ventre est souple, non douloureux. Mais à l'auscultation, on constate de nombreux râles de bronchite dans toute la poitrine. A 8 heures du soir, l'enfant devient tout à coup très agité, a quelques convulsions et meurt très rapidement, probablement de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie suraiguë. L'autopsie n'a pu être faite.

L'appendice était perméable. L'examen histologique n'a pas été fait.

Observation II

Hernie inguinale droite interne étranglée, avec gangrène de l'appendice. Guérison.

Pistoy. — Clinique Allemande de Berlin, 1850. In Thèse Charnois, Lyon, 1894.

Hernie depuis 12 ans dans la région inguinale droite. Brusquement, elle devient douloureuse et assez rapidement s'installent les symptômes de l'étranglement herniaire (nausées, vomissements alimentaires, puis fécaloïdes, constipation absolue).

Opération 48 heures après le début des accidents. Débridement de l'anneau. La hernie contient le cœcum et l'appendice qui est perforé en plusieurs endroits. Réintégration du cœcum. L'appendice est laissé dans la plaie.

Dans la suite, petite fistule stercorale pendant une quinzaine de jours. Guérison parfaite au bout d'un mois.

Observation III

Hernie inguinale droite contenant l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice. Pseudo-étranglement. Guérison.
Jalaguier. — Congrès de Chirurgie, 1888. Résumée in thèse Charnois.

X... V..., âgé de 46 ans. Hernie inguinale droite depuis quatre ans, bien maintenue par un bandage et facilement réductible. Le 19 décembre 1877, irréductibilité brusque et augmentation du volume de la hernie. Quelques nausées et vomissements. Trois jours après, volume d'un gros œuf. La peau est rouge, œdématiée ; la pression est très douloureuse. Etat général satisfaisant : le pouls est bon, le ventre légèrement ballonné.

Intervention. — A l'ouverture du sac, il s'échappe du liquide séro-sanguinolent. Anse intestinale ecchymosée. Appendice adhérent à l'intestin, gangrène sur une longueur de 8 centimètres. A l'anneau, aucun signe d'étranglement.

Résection de l'appendice. Réduction. Guérison.

L'appendice était énorme et long de 9 centimètres.

Observation IV

Appendicite aiguë dans un sac herniaire.
Launay, rapportée par Villemin à la Société de Chirurgie de Paris, le 20 mai 1908.

Garçon de 28 jours. Depuis quelques jours, selles rares et vomissements. En même temps, tuméfaction du volume d'une noisette dans l'aine droite.

Brusquement, tableau de l'étranglement herniaire. Arrêt complet des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes. Au bout de 40 heures, intervention par M. Launay.

Sac friable, appendice sphacélé, long de 6 centimètres, adhérent à une anse intestinale. Aucun sillon pouvant faire croire à un étranglement. D'ailleurs, le collet était large. Résection de l'appendice. Le lendemain, une selle hémorragique. Guérison.

Observation V

Appendicite dans un sac herniaire. Guérison.
De Gangolfe. — Lyon médical, 1892.

V... J..., 46 ans. Depuis 15 ans, volumineuse hernie inguino scrotale droite, devenue partiellement irréductible depuis quelques années. Sans cause appréciable, la hernie augmente de volume et devient douloureuse. Au bout de 12 jours, le malade entre à l'hôpital. Scrotum rouge, chaud, très sensible à la pression. Incision large d'un abcès scrotal contenant du pus fétide. Six mois après, guérison totale du foyer. Cure radicale. Masse épiploïque volumineuse, appendice très adhérent au fond du sac. Résection de 600 grammes d'épiploon et de l'appendice. Sutures. Guérison.

Observation VI

Appendicite herniaire.
Pollosson. — In thèse Charnois.

S..., âgé de 54 ans, porteur d'une vieille hernie inguinale droite, voit sous l'influence d'un effort sa tumeur devenir grosse comme deux poings d'adulte, irréductible et douloureuse. Pas de vomissements. Pas d'arrêt de matières. Au bout de quelques jours, léger ballonnement du ventre, quelques vomissements.

Opération. Appendice ulcéré autour duquel était une zone de péritonite herniaire n'occupant pas tout le sac. Résection. Sutures. Guérison.

Observation VII

Hernie appendiculaire crurale étranglée et appendicite herniaire. A. Lévy. — Archives provinciales de Chirurgie, 1903.

Ph..., âgée de 63 ans ; entrée le 15 janvier 1902.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Deux grossesses, puis ictère suivi d'affection hépatique durant 4 ans. Deux crises de rhumatisme articulaire aigu avec symptômes cardiaques. Il y a 13 ans, apparition d'une petite tumeur dans la région crurale droite, demeurant stationnaire, occasionnant parfois des tiraillements dans la cuisse.

Les choses restent dans cet état jusqu'au 14 janvier 1902. Après plusieurs quintes de toux, la malade fit de violents efforts et la tumeur de la région crurale droite devint douloureuse avec paroxysmes, lancements occupant toujours le même endroit. La tuméfaction augmenta. Un médecin appelé le lendemain pratiqua le taxis qui fut très douloureux et n'aboutit à aucun résultat. La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de hernie crurale étranglée ; pas de vomissements, mais état nauséeux. Etat général : faciès légèrement cyanosé, aspect grippé, pouls normal ; pas de température.

Localement, on constate une tumeur grosse comme un œuf de poule à la base du triangle de Scarpa. La peau est lisse, tendue, mais ne présente ni modification de coloration, ni traces d'œdème. La tumeur était extrêmement dure et mate à la percussion.

Opération. — Incision classique des cures radicales de hernies crurales. A l'ouverture du sac, il s'écoula une grande quantité de liquide séreux, de coloration brunâtre. Le sac contenait l'appendice en totalité : celui-ci n'était pas très long, mais très gros, congestionné et complètement incurvé. Il était légèrement enserré par un agent d'étranglement crural. Après débridement, il est lié et sectionné. Il contenait du pus. Il y avait donc appendicite herniaire. Suites opératoires satisfaisantes.

Observation VII bis

Appendicite herniaire.

A. Lévy. — Loc. cit.

Femme H..., 73 ans. Rien du côté des antécédents. Il y a deux mois, une petite tumeur se forma dans l'aîne droite. Le volume augmenta progressivement, la tumeur ne fut jamais réductible et n'occasionnait ni gêne, ni douleurs.

Le 8 juin 1901, la malade ressentit une douleur au niveau de la tumeur, qui devint dure et tendue. Puis apparurent des vomissements bilieux, ensuite aqueux. Pas de constipation.

Le 12 juin, on constate une tumeur du volume d'un gros marron, lisse, tendue, légèrement fluctuante, douloureuse. Le ventre est souple.

Opération. — Incision classique. Du sac sort du liquide citrin et on constate que l'appendice iléo-cœcal, qui peut d'ailleurs aller et venir dans l'anneau crural, est modifié sur la moitié de sa longueur.

Résection. Sutures. Suites normales.

Observation VIII

Appendicite herniaire latente.
Michel. — Revue Médicale de l'Est. Nancy,.1906 Page 747-751.

Enfant de 12 ans, opéré d'une hernie sans accidents. pour la cure radicale simple. On trouve dans le sac l'appendice adhérent au fond. On le résèque quoiqu'il paraisse absolument être sain.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Hoche dénote une appendicite folliculaire assez marquée et permet d'apercevoir deux trichocéphales en train de perforer l'appendice.

Observation IX

Appendicite herniaire. — Michel. — Loco citato.

Femme âgée de 53 ans. Est prise pendant la nuit de vomissements alimentaires, puis fibreux, de diarrhée et de coliques. Le lendemain, apparaît une tumeur crurale.

Quatre jours après, la malade ayant eu des périodes alternatives de douleurs et de rémissions, sans signes nets d'étranglement, mais présentant des phénomènes inflammatoires au niveau de la tumeur, on décide l'opération. On trouve un appendice très enflammé ; les ganglions du méso-appendice sont tuméfiés, légère périty phlite. Il n'y a qu'un très léger étranglement de l'appendice. Guérison.

Observation X

Enorme hernie inguinale gauche contenant l'intestin grêle, le cœcum, le côlon. Phénomènes d'étranglement. Opération. Mort.
Résumée d'Herbett. — In thèse Charnois.

Homme de 65 ans, souffrant depuis plusieurs années

d'une hernie inguinale gauche réductible et maintenue par un bandage.

Subitement, elle devient irréductible, douloureuse et augmente de volume. On note les phénomènes ordinaires de l'étranglement. On opère après huit jours d'attente. Ouverture du sac : masse énorme d'intestin et de péritonite herniaire. L'appendice présente à sa base une ulcération assez étendue qui donne issue à des matières fécales. Mort 12 heures après.

Observation XI

Appendicite herniaire.
Krönlein. — In thèse Charnois.

Femme G..., 60 ans. Entre à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite herniaire (hernie crurale droite) ; depuis plusieurs jours, signes de pseudo-étranglement.

Opération : hernio-laparotomie. Dans le sac rempli d'un contenu fécaloïde on trouve le cœcum et l'appendice ; celui-ci est congestionné, épaissi, infiltré et perforé en deux endroits. Il y a du pus jusque dans le petit bassin. Drainage. Guérison.

Observation XII

Appendicite herniaire avec collection extra-sacculaire. Mort.
Pollosson. — In thèse Charnois.

D..., âgé de 67 ans, porteur d'une hernie inguinale droite depuis plusieurs années, voit sa hernie augmenter sous l'influence d'un effort, et devenir irréductible et douloureuse. Pas de signes nets d'étranglement.

Au bout d'une quinzaine de jours, la peau du scrotum

rougit, les phénomènes généraux graves s'installent (vomissements fécaloïdes, état général *effrayant*).

On intervient. On constate en disséquant le sac une collection suppurée en dehors de lui. Le sac contient le cœcum, de l'intestin grêle et le côlon ascendant. L'appendice suivi à partir du cœcum conduit dans la cavité suppurée extra-sacculaire et on voit qu'en cet endroit il est ulcéré et presque sectionné. On termine l'opération par l'établissement d'un anus artificiel (sur le cœcum et l'intestin grêle y aboutissant).

Mort dans le collapsus le soir même.

Observation XIII

Appendicocèle extra-péritonéale et appendicite extra-péritonéale. Guibal et Rolland. — Presse Médicale, 1903. 718-721.

Homme de 35 ans. Hernie inguinale ayant présenté à plusieurs reprises des phénomènes d'engouement.

En août 1902, la tumeur grossit, devient douloureuse, présente des phénomènes inflammatoires pouvant faire penser à un phlegmon. Pas de signes d'étranglement. On pose le diagnostic d'épiploïte. A l'intervention, on trouve en dehors du sac une collection due à la suppuration de l'appendice qui est extra-péritonéal, collé contre la face postérieure du sac. Drainage. Guérison.

Observation XIV

Appendicite herniaire dans une volumineuse épiplocèle crurale irréductible. M. le Professeur Riche. — Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1906. Page 337.

Femme de 46 ans, présentant depuis 14 ans une hernie crurale non seulement irréductible, mais dont le volume augmente constamment.

Il y a deux mois, des phénomènes inflammatoires apparaissent : tension, douleur, rougeur. Pas de phénomènes généraux, à peine un léger état nauséeux.

A son entrée, la hernie paraît être inguinale car elle est tout entière au-dessus de l'arcade. A l'opération, on se rend compte qu'elle est crurale et constituée par une grosse masse épiploïque indurée au centre de laquelle pénètre l'appendice qui est peu altéré, mais présentant des adhérences de formation récente. Résection de l'épiploon et de l'appendice. Guérison.

Observation XV

Distension d'un sac herniaire au cours d'une appendicite aiguë suppurée, simulant une hernie étranglée.

Bichat. — Archives Génér. de Méd. de Paris, 1903. Page 335-342.

Femme de 73 ans, porteur d'une vieille hernie inguinale. Depuis 5 ou 6 jours, vagues douleurs abdominales. Une selle la veille de l'entrée à l'hôpital. Un seul vomissement le matin.

Tuméfaction inguinale droite, lisse, rénitente, douloureuse, mate. L'abdomen est un peu ballonné, très peu tendu. L'état général est mauvais, le faciès un peu grippé, le pouls intermittent, irrégulier à 100. On diagnostique une hernie étranglée.

L'opération permet de se rendre compte que le sac ne contient que du pus et de l'épiploon enflammé. Du pus vient par l'orifice du sac. On fait alors une hernio-laparotomie et on découvre une collection suppurée du flanc droit. L'appendice est gros, congestionné, renflé. Résection. Drainage. L'appendice renfermait un peu de pus et deux oxyures ; il n'était rétréci en aucun point. L'examen histologique permit de constater une hypertrophie et une

inflammation marquée des follicules avec de la péri-appendicite intense.

La malade mourut de choc 2 heures après.

A l'autopsie, on ne remarque aucune lésion. Cœur gros et myocardite légère.

Observation XVI

Distension d'un sac herniaire au cours d'une appendicite simulant une hernie étranglée.

Résumée. — De Kòrte, *in* Bichat, *loc. cit.*

Homme, 58 ans, arrive avec une tumeur inguinale et des phénomènes généraux qui font penser à une hernie étranglée. Pourtant, on parvient à la réduire. Le lendemain, devant le ballonnement du ventre et la douleur diffuse dans tout l'abdomen, on intervient. Le sac herniaire ne contient qu'un peu d'épiploon et du pus. Celui-ci vient de l'orifice abdominal du sac. On fait une hernio-laparotomie qui permet d'arriver sur une vaste collection purulente remontant jusqu'au foie. L'appendice congestionné, enflammé, adhérent, n'est pas perforé. On le résèque. Drainage. Guérison.

Observation XVII

Appendicite herniaire crurale chronique avec poussées aiguës, simulant une adénite tuberculeuse suppurée. Opération. Guérison.

Guillemain, *in* Thèse Osty. Paris, 1901.

Femme X..., 48 ans, hernie crurale droite datant de 24 ans. A la suite de grandes fatigues, la hernie devient douloureuse et augmente de volume. Au bout de quelques jours, tout disparaît et la hernie se réduit complètement.

Un an après, la tumeur réapparaît brusquement et sans

cause apparente. La douleur devient de plus en plus vive. Constipation, fièvre 39°. L'état local de la tumeur fait penser à une suppuration. La peau rougit, s'amincit et l'abcès s'ouvre spontanément. Il s'écoule un litre de pus verdâtre, très fétide. Les phénomènes généraux tombent, mais il persiste une fistule. Deux mois après, une autre ouverture se fait dans une autre région de l'abcès et il s'en échappe un pépin de raisin.

Pendant le mois suivant, il y a deux poussées inflammatoires bénignes. La malade se décide à une intervention qui fait voir que la hernie est constituée par de l'épiploon et l'appendice qui semble lui faire un pédicule et qui est perforé près de la base.

Résection. Drainage. Guérison.

Observation XVIII

Hernie crurale de l'appendicite étranglée. — Examen histologique. Quénu. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1903.

Femme de 42 ans. Hernie irréductible depuis 9 jours. Ni vomissements, ni signes d'occlusion. On pense à une épiploïte.

Opération. — Le sac est rempli par du liquide citrin et contient l'appendice rouge, congestionné, étranglé dans sa partie moyenne. L'examen histologique montre des lésions inflammatoires secondaires décroissant de la partie étranglée vers l'extrémité.

Observation XIX

Appendicite aiguë en milieu herniaire. Opération. Guérison.
Jacquemin. — Thèse Paris, 1905.

C..., âgée de 29 ans, portait depuis plusieurs années une hernie crurale droite, peu volumineuse. Brusquement, douleur dans l'aine droite ; en même temps, la hernie augmente de volume, devient dure et tendue. Il y a eu quelques vomissements, de la constipation, mais les gaz passent toujours. On pose le diagnostic d'épiploïte herniaire.

Opération. — Le sac renferme un liquide noirâtre, sanguinolent et contient le cœcum et l'appendice : celui-ci est turgescent, très gros, pris dans une gangue d'adhérences inflammatoires. Résection. Guérison.

Observation XX

Baillet. — Soc. de Chirurgie. Paris, 1903.

Garçon de 13 mois, nourri au sein, bien portant. Hernie inguinale droite depuis la naissance, volumineuse, réductible. Le 6 octobre 1903, crise, irréductibilité ; bientôt apparaissent les phénomènes d'étranglement, vomissements fréquents, suppression des selles, ballonnement du ventre. Le 7 octobre, phénomènes identiques et pouls petit, fréquent. On diagnostique : hernie étranglée sans grande tension. Opération 21 heures après le début. Anesthésie au $CHCl^3$. Incision haute. Le sac contient un liquide citrin. L'intestin est un peu congestionné. La hernie est constituée par le cœcum, plus une portion d'iléon. L'appendice est très gros, adhérent, manifestement enflammé.

Résection. Réduction. Guérison.

Conclusions. — Diagnostic difficile : on penserait à inflammation herniaire (Walther en aurait vu deux cas). Pour Walther, il y aurait péritonite herniaire expliquant l'occlusion.

Observation XXI

Chavannaz. — Journal de Méd. de Bordeaux, 1904.

Mme X..., 72 ans.

Hernie crurale droite. Le 30 juillet, ressent des coliques, a des vomissements alimentaires puis bilieux, calmés par la morphine : lavement sans succès.

Le 1er août, dans l'aine droite, la hernie a le volume d'un œuf de poule, non réductible, mate ; rougeur.

A la palpation, on note une lobulation attribuée à de l'épiploon (?). Facies bon, pas de fièvre, pouls à 80, irrégulier, ventre ballonné, douloureux ; ni selles, ni gaz depuis les accidents.

Intervention. — Dans le sac, on ne trouve pas de liquide. L'appendice est épaissi, son méso est graisseux ; on voit une anse grêle étranglée par l'anneau crural. Débridement, sphacèle de l'intestin ; hernio-laparotomie. Section de l'appendice à la base, enfouissement du sphacèle et du moignon.

Le 6 août, après rétablissement de la voie intestinale, syncope mortelle. L'appendice mesurait 20 centimètres.

Observation XXII

Appendice dans un sac crural suppurée.
Routier. — Société de Chirurgie de Paris, 1904.

Femme de 77 ans. Se présente avec, dans l'aine droite, une tumeur rouge, chaude, douloureuse, fluctuante, très

mobile sur les parties profondes, ce qui fait penser à un adéno-phlegmon de l'aine. Pourtant, la constatation d'une sorte de pédicule dur au-dessus de l'arcade conduit Routier à poser le diagnostic de hernie crurale suppurée. A l'intervention, il s'écoule du pus fétide ; le sac, dont la paroi antérieure est sphacélée, contient l'appendice. On résèque cet appendice suivant la technique habituelle. Au cours de cette intervention, on a posé une ligature latérale sur la veine fémorale. Drainage. Guérison. L'appendice paraissait sain. L'examen n'a pas été fait.

Observation XXIII

Rochard. — Société de Chirurgie de Paris, 1904.

Femme X..., 70 ans. Douleur dans l'aine droite depuis 3 ou 4 jours. Pas de selles depuis 3 jours. Gaz dans la journée. Nausées sans vomissements. Ventre un peu ballonné, souple, non douloureux. Dans la région crurale droite, masse arrondie, douloureuse à la pression, irréductible, prolongée sous l'arcade par un cordon de la grosseur du petit doigt. Le pouls est bon (à 84). T. 37°7.

Opération. Le sac est épaissi, adhérent. Section de l'arcade. La hernie contient un appendice étranglé, à 2 centimètres de son extrémité inférieure ; il est renflé, noirâtre, ecchymotique, d'une longueur de 10 centimètres.

Observation XXIV

Demoulin. — Société de Chirurgie de Paris, 1904.

Femme de 50 ans. Tumeur depuis 3 jours dans l'aine droite. Quelques nausées sans vomissements. Sensibilité du ventre. Pas d'occlusion. Le sac crural contient un li-

quide louche. L'appendice est gros, turgescent, avec gangrène au sommet. Résection. Drainage. Guérison.

Observation XXV

Phlegmon gangréneux du scrotum par appendicite herniaire. — Fistule stercorale persistante. — Intervention. — Guérison.
Mourtin (Soc. de chirurgie, 1902).

Homme de 62 ans. Hernie inguinale droite depuis 10 ans. Réductible. Maintenue par un bandage.

En mai 1902, léger gonflement de la bourse droite. Le malade enlève son bandage, dont le port est douloureux. Les phénomènes inflammatoires augmentent, puis régressent. Un mois après, nouvelle poussée. Le malade entre à l'hôpital.

Le scrotum a le volume d'une tête d'enfant, sillonné de fissures, de craquelures, d'où coule un liquide jaunâtre d'odeur infecte. Léger emphysème des bourses. Donc, phlegmon gangréneux, gazeux et diffus des bourses. Etat général alarmant. T. 39°. Facies des grandes infections. On pouvait, en palpant l'abdomen, sentir une sorte de pédicule, avec la notion de hernie antérieure.

Mourtin fit le diagnostic d'appendicite herniaire (aucun phénomène abdominal). Il fit des incisions multiples ; pulvérisations, pansements. Tout s'arrangea. Il demeura une fistule stercorale.

2 mois après, cure radicale de la hernie, après isolement et résection du moignon appendiculaire restant. Guérison parfaite.

Observation XXVI

Appendicite herniaire simulant un étranglement de l'intestin Kélotomie. Résection de l'appendice. Guérison.
Mouchet. — In thèse Jacquemin.

Mme P..., 70 ans. Hernie droite, depuis plusieurs années, rentrant facilement. Sans cause apparente, la grosseur qu'elle a dans l'aine droite augmente de volume. Puis coliques, nausées ; ni selles, ni gaz. Au bout de 4 jours, on trouve la malade dans une grande faiblesse, présentant le facies abdominal, hoquet, vomissements, ballonnement du ventre. Dans la région inguinale droite, on constate une petite tumeur dure, irréductible.

Kélotomie. Le sac ne contient que l'appendice. L'anneau est un peu serré sur lui. Il est long, tuméfié et perforé sur sa face supérieure.

Résection. Drainage. Suture.

Suites opératoires. — Les vomissements ont cessé le jour même de l'opération. Les selles et les gaz ont réapparu 2 jours après. Guérison.

Observation XXVII

Hernie inguinale droite irréductible. Appendice volumineux, adhérent au sac. Calculs stercoraux. Résection. Guérison.
Témoin. — In thèse Jacquemin.

Un enfant de 3 ans, portant une hernie depuis sa naissance, ressent fréquemment, depuis un an, des douleurs subites causées par sa hernie, avec vomissements. La hernie augmente de volume ; ensuite, douleur et gonflement disparaissent.

Le 12 septembre, la hernie est à peu près irréductible.

Le 13, crise violente avec fièvre.

Le 15, intervention. Dans le sac, on trouve le cœcum distendu, et l'appendice adhérent au sac. Résection. Il contient 2 calculs.

CONCLUSIONS

L'appendicite herniaire est l'inflammation de l'appendice iléo-cœcal dans une hernie (qu'il y soit seul ou non).

Il n'y a pas lieu de différencier l'étranglement herniaire de l'appendice de l'affection que nous avons étudiée.

L'appendicite herniaire peut apparaître à toutes les époques de la vie. Elle affecte une prédominance marquée pour l'âge mûr et la vieillesse. Chez l'homme, elle existe presque exclusivement dans les hernies inguinales droites; chez les femmes, dans les crurales.

La symptomatologie se rapproche beaucoup des différentes formes d'inflammation des hernies communes ; aussi peut-on séparer plusieurs formes cliniques.

Le diagnostic est difficile à faire. Certains caractères (douleurs, vomissements...) devront attirer l'attention ainsi que l'évolution de la maladie. Il sera très rarement possible d'affirmer le diagnostic.

Le pronostic, depuis la pratique de l'intervention précoce, s'est éclairci.

Le traitement doit consister, même si l'on n'est pas sûr du diagnostic, en une intervention aussi précoce que possible, au cours de laquelle il est indiqué de réséquer l'appendice, point de départ des accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. — British Med. Journal. Londres, 1905, 1040

Alexander. — St. Barth. Hosp. Rep. 1904. Londres, 1905. 153-156.

Allisson. — West Med. Rev. Lincoln, 1898. 290.

Alti. — Hernies du cœcum et de l'appendice. Th. Paris, 1894.

Annandale. — Lancet. Londres, 1889.

Autipas. — Gaz. Méd. d'Orient. Constantinople, 1907. 217, 219.

Aix (Van). — Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze, 1886.

Baber. — Rev. Chir. Bucarest, 1904.

Baillet. — Bulletin Soc. Chir. de Paris, 1903.

Bajardi. — Sperimental Lez. Clin. Firenze, 1895.

Ballocu. — Am. Jour. of obstetric. 1900.

Barbat. — Journal of American Medical Association, 1904.

Bard. — Thèse de Lyon, 1895.

Bardeleben. — Hernies du cœcum, 1875.

Bariety. — Thèse Paris, 1895.

Basile. — Polyclinico. Mai 1904.

Baron. — Méd. Presse Budapest, 1905. 247.

— — — 249.

Batut. — Bull. Soc. Méd. Chir. de la Drôme, 1903.

Bazy. — Société Chirurgie, 1904.

Beaumetz. — Gazette des hôpitaux, 1859.

Beaussenat. — Thèse Paris, 1897.

Bender. — Société anatomique, 1900.

Bermet. — Société Royale de Med. Chir. Londres, 1890.

— Medical and Chirurgical report. Philadelphie, 1882.

Bergasse. — Bull. Soc. Méd. Chir. de la Drôme, 1907.

Berger. — Hernies, in Duplay et Reclus.

Bichat. — Appendicite herniaire. Arch. Gén. de Méd. de Paris, 1903.

Bidwel. — British Médical Journal, 1897.
Bier. — Deutsche Med. Wochenschrift, 1892.
Bleynie et Descazals. — Limousin Médical, 1904.
Bœckel. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1897.
Boiffin. — Des hernies adhérentes. Th. Paris, 1887.
Boodle. — Australian Méd. Gaz. Sydney, 1894.
Booth. — Columbus. M. J., 1897.
Bouglé. — Presse Médicale, 1900.
Bouillet. — Th. Bordeaux, 1898.
Braddley. — Médical Times and Gazet., 1878.
Briançon. — Thèse de Paris, 1896.
Brieger. — Arch. f. Klin. Chir., 1893.
Briscoe. — Lancet. Londres, 1898.
Broca. — Gaz. hebd. de Méd. et Chir., 1888.
Bucquoy. — Société anatomique, 1855. Cité par Longuet.
Cabaret. — Journal des Connaissances Méd. Chir. St-Malo, 1842.
Camelot. — Journal des Sc. Médicales de Lille, 1908,
— La Clinique, 1908.
Carrez. — Lyon Médical, 1900.
Casati. — Vaginalite phlegmoneuse consécut. à une appendicite gangréneuse. Raccoglitore med., Imola, 1903.
Cavaillon et Lebiche. — Semaine médicale, Paris, 1907.
Castaigne. — Soc. anatomique, 1899.
Cemezzi. — Hernie de l'appendice. Clin. chir., Milan, 1903
Chamois. — Thèse de Lyon, 1894.
Chaters Simonds. —British medical Journal, 1898.
Charyau. — Journal de méd. de Nantes, 1837.
Chavannaz. — Journal de méd. de Bordeaux, 1904.
Chrétien. — Annales médico-chirurg. du Centre, 1904.
Chipault. — Hernies du cœcum, 1892.
Claret. — Tribune médicale, 1904.
Clark. — Lancet, 1864.
Clinique chirurgicale de Breslau, 1890.
Clogg. — Lancet, Londres, 1906.
Cloquet. — Hernies. Catal. du musée Dupuytren, n° 233, 1816.
Colley (Davius). — Guy's hospital Reports, XXVII.
Cruveilhier. — Catal. du musée Dupuytren, n° 237.
Cunning. — Medical Press, Londres, 1908.

Dambrin et Berny, Toulouse médical, 1905.
Delagenière. — Archives provinc. Chirurgie. 1900.
Delore et Chalier. — Lyon médical, 1907.
Demoulin. — Société de Chirurgie, 1900.
— Société de Chirurgie, 1904.
Denis. — Rev. médicale de Normandie, Rouen, 1903.
— Appendicite herniaire. Thèse de Paris, 1904.
Descarpentries. — Echo médical du Nord, 1905, p. 260.
— Soc. tuberculeux. Appendice adhérent, 1905, p. 260.
Dieffenbach. — Surgery. Vol. II, p. 600, 1848.
Dionis du Séjour. — Soc. anatomique, 1901.
— Soc. anatomique, 1904.
Dubar. — Bull. méd. du Nord, T. XXXIII, 1894.
Dublin-Journal, juillet 1841.
Dujon. — Archives provinc. de chir., 1900.
Dupin et Barrau. — Languedoc médico-chir., 1900.
Dunlop. — Lancet, 1864.
Duret. — Journal de la Soc. de méd. de Lille, 1891.
Edington. — Hernie crurale de l'appendice. Glascow M. J. 1903, 212.
Elder. — Appendicite herniaire. Montréal M. J., 1901.
Estor. — La hernie étranglée chez le nourrisson. Revue de chirurg. 1902, p. 249, 436, 721.
Eyfrig. — Diagnostic des hernies de l'appendice. Leipzig, 1906.
Féré. — Revue mensuelle de méd. et de chir., 1879.
Ferrier. — Thèse Bordeaux, 1884.
Flœl (Otto). — Centralblatt J. Chir. Hernies gangréneuses.
Fleischl. — Pérityphlite d'une hernie. Centralblatt f. Chir., 1896.
Fortun. — Progresso med. Habana, 1901.
Fowler. — Brooklyn med. Journal, 1904.
Frolaff. — Prakt. Vrach. St-Pétersbourg, 1904.
Galton. — Appendicite herniaire crurale. Lancet, Londres, 1902.
Gangolphe. — Lyon Médical, 1892.
Geissler. — Die Hernies ilio-appendicularis veroffenk. a. d. Med. San-Wer. Berlin, 1906.
Gœbel. — Deutsche Méd. Wochenschrift, 1896.
Goschel. — Munich. Méd. Wochenschrift, 1900.
Golding. — Médical Record New-York, 1905.
Gross. — Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1898.

Gross. — Centralblatt S. Chir., 1898.
Gray. — Lancet, 1888.
Guersant. — Gaz. des Hôpitaux, 1841.
Guibal et Roland. — Presse Médicale, 1903.
Guinard. — Presse Médicale, 1896.
— Soc. de Chir., 1896.
— Soc. de Chir., 1902.
Hall. — British medical, 1902.
— Hernies de l'appendice. Lancet Clinic , 1903.
Hartmann et Minot. — Semaine médicale, 1897.
Hedrich. — Hernies cœcales gauches. Gaz. Méd. Strasbourg, 1889.
Hemsted. — Etranglement de l'appendice dans le canal crural. British. Med. Journ., 1900.
Henversuryn. — Journal de sciences méd. de Lille, 1893.
Herbett. — Med. Times and Gazette, 1878.
Herbig. — Appendicites herniaires. Inaug. Dissert. Munich, 1900.
Hévin. — Cours de Pathol. et de Thérap. Chirurgic. 1780, p. 407.
Hofmann. — Deutsche Zeit. f. Chir., 1897.
Holcomb. — United States Nav. Med. Bull. Washington, 1908.
Honoré. — Appendicite herniaire. Th. Paris, 1903.
Horraks. — Lancet London, 1905.
Horwitz. — Philadelphia Med. J., 1900.
Hue. — Normandie Médicale, 1903.
Hugel. — Hernie inguinale gauche, 1898.
Jackle. — Thèse de Marburg, 1888.
Jacquemin. — Thèse de Paris, 1905.
Jalaguier. — Hernies du cœcum. Congrès de chirurgie, 1888.
— Article appendicite. In Duplay et Reclus.
Javamelli. — Annali universali di osmondi, 1836.
Jayle. — Presse Médicale, 1894.
Jeffery et W. Scharp. — British medical, 1902.
Jeremie. — Hernie cœcale gauche, Belgrade, 1904.
Jonnesco. — Th. Paris, 1890.
Jopson. — Hernie de l'appendice. Univ. Méd. Magazine Philadelphie, 1900.
Kirmisson. — Bull. Soc. Chir. de Paris, 1905.
Klein. — Inaug. Diss. Giessen, 1868.
Knobloch. — Inaug. Diss. Breslau, 1890.

Korte. — Berliner Klin. Woch., 1893.
Kronlein. — Corresp. Blatt. F. Schw. Aertze, 1893.
Kukule. — Entérorrhagies après l'étranglement herniaire. Ann. de la Soc. Belge de Chirurgie, 1899.
Lafforgue. — Th. Lyon, 1893.
Launois. — Rev. des mal. de l'enfance, 1883.
Le Bec. — Congrès de chirurgie, Paris, 1888.
Le Clerc. — Bull. Soc. clin., Paris, 1906.
Le Dentu. — Art. Hernies. Dict. Jaccoud.
— Cliniques chirurgicales, 1890-1891.
Le Duigan. — Thèse Paris, 1905.
Legueu. — Soc. anatomique, 1892.
— Soc. de chirurgie, 1904.
Lejars. — Tumeurs intra et péri-herniaires. Gaz. des Hôpit., 1889.
— Chirurgie d'urgence, 5e édit., p. 776.
Lemenicier. — Du cœcum et de ses hernies. Th. Paris, 1887.
Lemoine. — Nord médical, 1904.
Lionardi. — Gaz. di osp., Milan, 1908.
Leplay. — Bull. Soc. anatomique, 1904.
Lévy. — Complications des hernies de l'appendice. Archives provinciales de chirurgie, 1903.
Longuet. — L'appendicocèle d'après les Morganiens. Progrès médical, Paris, 1906.
Loockwood. — Med. chirurg. trans., XIX, p. 506.
— St-Barth. Hosp. Rep. Londres, 1894.
— Journal anat. and physiol. Londres, 1889-1890.
Mac Ewen. — Lancet, 1906.
Mac Rae. — J. of Amer. med. associat., 1904.
Malgaigne. — Revue de méd. et chir., 1853.
— Mémoire sur les étranglements, 1841.
Manec. — Gaz. des Hôpitaux, 1859.
Marckey. — Hernie ombilicale étranglée de l'appendice. M. J. Glasgow, 1904.
Mackevich. — Protok. zasaïd, kavkazsk. Med. obstr., Tiflis, 1904.
Maryanchik. — Etranglement et inflamm. de l'appendice dans les hernies inguinales. Russk. Vrach. St-Petersbourg, 1907.
Massoulard. — Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire. Arch. prov. de chirurgie, 1906.

Mauclaire et Dambrin. — Soc. anatom., 1902.
Maydl. — Wiener Klin. Rundschau, 1895.
Mérigot de Trégny. — Th. Paris, 1887.
Merling. — Th. Heidelberg, 1826.
Mézangeau. — Th. Paris, 1899.
Michaux. — Soc. de chirurgie, 1896.
Michel. — Rev. méd. de l'Est. Nancy, 1906, 747-751.
Mignon. — Soc. de chirurgie, 1902.
Milko. — Pest. med. chir. Presse. Budapest, 1905.
Minich. — Pest. med. chir. Presse. Budapest, 1904.
Monks. — Boston med. and surger. journal, 1890.
Montobbio. — Gaz. med. ital. Turin, 1905.
Morestin. — In rep. Legueu, Soc. de chir., 1902.
Morgan. — Hernies de l'appendice. Transs. path. Soc., Londres, 1874.
Morgagni. — Opera omnia (1762) (indication de Longuet).
Morse. — Wiener medical Wochenschrift., 1892.
Moty. — Soc. de chirurgie, 1902.
— Soc. de chirurgie, 1904.
Mouchet. — Gaz. hebd. de méd. et chir., 1900.
Mouton. — Thèse Lille, 1899.
Muns. — Centralblatt f. chirurgie, 1901.
Murou. — Soc. anatomique, 1869.
Napalkoff. — Hernie gauche du cœcum et de l'appendice. Khirurgia. Moscou, 1905.
Nasse. — Arch. f. Klin. Chir., 1896.
Naquet. — Th. Paris, 1900.
Newbolt. — British. Med. Journal, 1897.
Niche. — Th. Munich, 1892
Nové-Josserand. — Lyon Médical, 1901.
Ombrédanne. — Arch. Gén. de Médecine, 1898.
Osty. — De l'appendicite herniaire. Thèse Paris, 1900.
Pascal et Pilliet. — Soc. Anat. de Paris, 1898.
Panchet. — Bulletin Médical, 1904.
Payen. — Rapporté par Haller. Disputationes Chirurg. Cité par Longuet. Hernie appendiculaire ischiatique. Nécropsie.
Petitjean. — Thèse de Paris, 1899.
Perrin. — Rev. Méd. Suisse-Romande, 1890.

Pick. — Lancet, 1880.
Pike. — Lancet, 1901.
Picqué. — Rapport, 1896.
Pinatel. — Loire Médicale, 1897.
Pistory. — Deutsch. Klinik. Berlin, 1850.
Pollosson. — Lyon Médical, 1893.
Potherat. — Soc. de Chirurgie, 1898.
— Soc. de Chirurgie, 1902.
Psaltaft. — Grèce Médicale. Syra, 1903.
Quénu. — Société chirurgie, 1903.
Rahn. — Hernies de l'appendice. Erlangen, 1893.
Reclus. — Société de Chirurgie, 1892.
Remedi. — Atti della R. Acad. dei. Fisiocritta, 1892.
Renault. — Thèse de Paris, 1899.
Riche. — Société Anatom. de Paris, 1906. P. 337.
Richet. — Anatomie chirurgicale, 1885. P. 592
Rivet. — Thèse de Paris, 1894.
Rochard. — Société de Chirurgie, 1904.
Romm. — Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie, 1895. (Étranglement de l'appendice d'une hernie gauche).
Rostoutseft. — Prakt. Vrach. Saint-Pétersbourg, 1904.
Routier. — Rapport Soc. de Chir., 1896.
— Société de chirurgie, 1904.
Sarfert. — Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1894.
Sand. — Med. Record, 1881.
Saudifort. — Icones herniœ inguinalis congenitalis. Leyde, 1781. (cité par Longuet).
Sauvage. — Thèse de Paris, 1899.
Scarpa. — Traité des hernies, 1872 (cité par Longuet).
Schmidt. — Munich. Med. Woch. t. XVII. P. 288.
Schwaz. — Centralblatt f. Chirurgie. 1898.
Schwenke. — Inaug. Diss. Leipzig, 1805 (cité par Longuet).
Segelmann. — Thèse de Paris, 1897.
Segond. — Soc. de chirurgie, 1901.
Sendler. — Münch. Med. Wochenschrift. Münich, 1896.
Sheldon. — Medical Standard, Chicago, 1903.
Shaw et Stanton. — Arch Pediat. New-York, 1904.
Silhol. — Marseille Médical, 1906, p. 279.

— Marseille Médical, 1906, p. 326-330.
Sorel. — Archives provinciales de Chirurgie. Paris, 1906.
Souligoux. — Société anatomique, 1900.
Southam. — Med. Chron , Manchester, 1905.
Spenzel. — Deutsche Zeitung für Chirurgie, 1904.
Steech. — Suppl. al Policlinico, Roma, 1900.
Steiger. — Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze, 1879.
Sthompson. — British med. Journal, 1879.
Swaseg. — Medical Record. 1881.
Taillefer. — Appendicite herniaire. Indépendance médicale, 1897.
Taillefert. — Congrès de Chirurgie, 1901.
Tamarelli. — Annali universali di medicina, Milan, 1833, cité par Longuet.
Tapie. — Archives provinc. de chirurgie, Paris, 1904.
Témoin. — Journal de médecine interne, 1904, Septembre.
— Gazette médicale du Centre, 1904, janvier.
Thurnam. — Prov. med and Surgical Journal, 1848, cité par Longuet.
Thiéry. — Société anatomique, 1892.
Trèves. — Anatomie du cœcum. British med. Journal, 1887.
Tuffier. — Cœcum et ses hernies. Arch. gén. de médecine, 1887.
Valerani. — Osservatore, Torino, 1883, p. 545, cité par Longuet.
Vallée. — Normandie médicale, 1900.
Vandaele. — Normandie médicale, 1900.
Vanderhoof. — Medical Record, New-York, 1897.
Varela Zequeira. — Rev. de med. y cirurg. de la Habana, 1905.
Vasiyeff. — Appendicite herniaire. Russk. chir. St-Pétersbourg, 1904.
Vautrin. — Rev. de Gynécol. et de Chir. abdominale, 1898.
Verdier. — Traité des hernies, 1840, cité par Longuet.
Vésiguié. — Thèse de Paris, 1903.
Veslin. — Bulletin de la Soc. de Chir, 1896.
Viren. — Khirurgia, Moscou, 1905, p. 438-440.
Vivié. — Annales d'hygiène et méd. coloniale, Paris, 1905.
Völkel. — Cœcal hernie mit Darmperforation durch einem darn. Plön. 1904.
Zahradnicky. — Wien. Klin. Rundschau, 1898.
Whyte. — Scot. M. and Sc. Journal, Edimbourg, 1908.
Wegener. — Appendicite herniaire. Thèse Giessen, 1907.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !